

介護予防/生活支援サービス事業

通所型サービス重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

| | |
|-----------|---|
| 名称 法人種別 | 社会福祉法人 かつみ会 |
| 代表者名 | 理事長 伊藤 重来 |
| 所在地 / 連絡先 | (住所) 〒369-0217 埼玉県 深谷市 山河557番地1 (電話) 048-546-1200 (FAX) 048-546-1201 |
| 法人の設立年月日 | 昭和 56年 4月 1日 |

2 サービスを提供する事業所の概要

| | |
|----------------------------|---|
| 事業所名 | エンゼルデイサービスセンター |
| 住所 連絡先 | (住所) 〒369-0215 埼玉県 深谷市 今泉625番地 (電話) 048-546-1200 (FAX) 048-546-1201 |
| 介護保険指定番号 | 指定通所介護事業(埼玉県1174500627号) |
| 管理者氏名 | 飯田 馨一 |
| 利用定員 | 45名 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 216㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽と中間浴槽があります。 |
| 通常の実施地域 | 深谷市 寄居町 熊谷市 本庄市 |
| 営業日 / 営業時間 / 基本サービス提供時間 | 毎週月～土曜日(但し12月31日～1月2日まで及び8月14日～8月15日までを除く) / 8:30～17:30 / 9:30～16:45 時間延長対応可 |

3 事業所の職員体制/勤務体制

| 従業者の職種 | 人数 | 区分 | 職務の内容 | 勤務体制 |
|---------|-----|--------|----------|------------|
| 管理者 | 1人 | 常勤 | 事業所の管理全般 | 8:30～17:30 |
| 生活相談員 | 3人 | 常勤1名以上 | 相談/生活指導等 | 8:30～17:30 |
| 介護職員 | 12人 | 常勤/非常勤 | 介護全般 | 8:30～17:30 |
| 看護職員 | 3人 | 常勤/非常勤 | 健康状態の確認 | 8:30～17:30 |
| 機能訓練指導員 | 3人 | 常勤/非常勤 | 機能回復訓練等 | 8:30～17:30 |

4 サービス内容

介護予防・生活支援サービス 通所型サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能向上訓練その他必要な介護を行います。

- ①送迎 乗降については、転倒することなどがないように介助を行います。
- ②食事 主食の固さ、主菜の大きさ、箸、スプーンが必要であるかを調べ利用者に合った食事を提供していきます。必要があれば介助を行います。
- ③入浴 残存機能の低下を防ぐ為に、なるべく利用者自身が着脱着衣・洗髪、洗身が行

えるように声がけをしていきます。

④運動器機能訓練

平行棒・ダンベル・ゴムチューブ等を使用して機能の維持向上を目標にします。

⑤日常動作訓練

レクリエーションを取り入れて、利用者が意識せずに自然に行える日常動作訓練を行います。

⑥生活相談 利用者とのコミュニケーションの中から、家庭での日常生活についてどのように過ごされているのかを把握し、その事について、共感をしたり、アドバイスを行います。

5 サービス利用料金

エンゼルケアサービスセンターをご利用頂きました場合、下記①～⑤の該当部分のご利用料金が発生致します

①介護予防・生活支援サービス 通所型サービス□地域区分 7級地 1単位=10,14円

| | A | B:A×単価 (1円未満切捨) 利用料 (介護報酬 総額) (単位円) | C:B×0.9 (1円未満切捨) 保険請求額 【9割】 (単位円) | D:B×0.8 (1円未満切捨) 保険請求額 【8割】 (単位円) | E:B×0.7 (1円未満切捨) 保険請求額 【7割】 (単位円) | B-C 利用者負担額 【1割】 (単位円) | B-D 利用者負担額 【2割】 (単位円) | B-E 利用者負担額 【3割】 (単位円) |
|-------|-------|--|---|---|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 事業対象者 | 1,798 | 18,231 | 16,407 | 14,584 | 12,761 | 1,824 | 3,647 | 5,470 |
| 要支援1 | 1,798 | 18,231 | 16,407 | 14,584 | 12,761 | 1,824 | 3,647 | 5,470 |
| 要支援2 | 3,621 | 36,716 | 33,044 | 29,372 | 25,701 | 3,672 | 7,344 | 11,015 |

②各種減算事項

| 表1 同一建物減算 | 単位数 (1月あたり) | B:A×単価 (1円未満切捨) | C:B×0.9 (1円未満切捨) | D:B×0.8 (1円未満切捨) | E:B×0.7 (1円未満切捨) | B-C(利用者負担額1割) | B-D(利用者負担割合2割) | B-E(利用者負担割合3割) |
|-----------------------|----------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|----------------|----------------|
| 事業対象者 | -376 | -3812円 | -3430円 | -3049円 | -2668円 | -382円 | -763円 | -1144円 |
| 要支援1 | -376 | -3812円 | -3430円 | -3049円 | -2668円 | -382円 | -763円 | -1144円 |
| 要支援2 | -752 | -7625円 | -6862円 | -6100円 | -5337円 | -763円 | -1525円 | -2288円 |
| 送迎減算 事業所が送迎を行わない場合 | -47(片道につき) | -476円 | -428円 | -380円 | -333円 | -48円 | -96円 | -143円 |

※1 同一の建物に居住する者又は同一建物から当該通所介護事業所に通うものに対し、通所型サービスの介護を行った場合には、1月につき、表1に示す単位を所定単位数より減算する。ただし、やむを得ない事情により送迎が必要な場合はこの限りではありません。 ※2 ①の部分が日割りの算定になる場合があります。その場合実際に利用した日数にかかわらず、★に応じた日数により日割り計算になります。(★=月の途中に開始した場合は起算日から月末までの期間、月の途中に終了した場合は月初から起算日までの期間) ※3 事業所が送迎を行わない場合片道につき-47単位、所定の単位数より減算致します。但し、同一建物減算の対象になっている場合は、当該減算は対象とはならない。

② 各種加算等

| | 加算等名称 | 単位数 (1月あたり) | B : A × 単 価 (1円未満 切捨) | C : B × 0.9 (1円 未満切 捨) | D : B × 0.8 (1円 未満切 捨) | E : B × 0.7 (1円 未満切 捨) | B-C (利 用者負担 額 1割) | B-D (利 用者負担 割合 2割) | B-E (利 用者負担 割合 3 割) |
|---|---------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| ア | 若年性認知症受 入加算 | 240 | 2,433 円 | 2,189 円 | 1,946 円 | 1,703 円 | 244 円 | 487 円 | 730 円 |
| イ | 科学的介護推進体制加 算 | 40 | 405 円 | 364 円 | 324 円 | 283 円 | 41 円 | 81 円 | 122 円 |
| ウ | 事業対象者サービスの場合 サービス提供体制加 算Ⅲ | 24 | 243 円 | 218 円 | 194 円 | 170 円 | 25 円 | 49 円 | 73 円 |
| エ | 要支援1の方の場合 サービス提供体制加 算Ⅲ | 24 | 243 円 | 218 円 | 194 円 | 170 円 | 25 円 | 49 円 | 73 円 |
| オ | 要支援2の方の場合 サービス提供体制加 算Ⅲ | 48 | 486 円 | 437 円 | 388 円 | 340 円 | 49 円 | 98 円 | 146 円 |

③ 【処遇改善加算】介護職員等処遇改善加算Ⅱ

| 介護職員等処遇改善加算Ⅱの単位数 | 利用料 (10割) | 利用者負担額 (負担割合証に応じご負担) |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| ア介護報酬総単位数×9.0% (1単位未満の端数は四捨五入) | ア×10.14 円 (1円未満の端数切捨 て) | 10割分の額－(10割分の額×(0.9～0.7) (1円未満の端数切捨て)) |

※4 各種加算は該当者の方のみかかります。※各種加算のイ～オに関しては利用された方全員が其々、算定対象となります。その他加算は対象者のみ ※5 法定代理受領の場合利用者負担額は介護保険負担割合証に記載のある負担割合となります。

※③の処遇改善加算の介護報酬総単位数の合計数には、介護職員等処遇改善加算Ⅱの単位数は含みません。

④ その他の料金

- ・昼食代 1食当たり 650 円です。・おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます

通常の事業の実施地域（深谷 本庄 熊谷 寄居）以外の送迎を行う場合。

① 通常の事業の実施地域を越えてから利用者宅までの片道 10km 未満 → 620 円

② 通常の事業の実施地域を越えてから利用者宅までの片道 10km 以上 → 620 円に 10km を 1km 超すごとに 62 円加算

(2) お支払い方法

実費負担分及び介護保険（介護予防）の負担割合に応じた負担についての料金は毎月 20 までに前月分の請求を致しますので、請求月末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払い方法は、現金集金、自動引き落としの 2 通りの中からご契約の際にお選び頂けます。

6 サービス利用契約の終了について

(1) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）又はまたは、要介護と認定された場合。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他

- ・ 当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で解約を通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

7 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- 利用者の皆様一人一人の生き方、主体性を尊重し、適切な介護サービスを提供して、地域社会に貢献します。
- 「心」を介護の基本とし、思いやりと温かさと安心を、誠意を持って提供します。
- (2) サービス利用のために

| 事項 | 有 | 無 | 備考 |
|-----------|---|---|----|
| 男性介護職員の有無 | 有 | | |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 時間延長の可否 | 有 | |
| 理美容の活用 | 有 | 実費がかかります。 |
| 従業員への研修の実施 | 有 | |

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡
送迎時間については、事業者と利用者様との契約書取り交わしの時に決めさせていただきます。尚、時間変更等ある場合には前もって連絡させていただきます。ご家族等の事情により送迎時間の変更ある場合は前日までにご連絡ください。
- ・ 体調確認
来所時にバイタルチェック（体温、血圧、脈拍）お行います。体調不良を訴えた場合は速やかにご家庭に連絡をとりサービスの継続を行うかどうかを相談いたします。
- ・ 時間変更
利用日、利用時間の変更がある場合は、前日午後6時まで当事業所へご連絡ください。
- ・ 設備、器具の利用
故意により設備・器具に損害を与えた場合は現状に回復させていただきます。
- ・ その他
送迎時に事故や工事などに遭遇した場合、やむを得ず遅れる場合があります。お迎えの時に体調不良がある場合は、当事業所のご利用をお断りすることもあります。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

| | | |
|-----------|--|--|
| 緊急連絡先① | | |
| 氏名 | | |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |
| 続柄 | | |
| 緊急連絡先② | | |
| 氏名 | | |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |
| 続柄 | | |
| 主治医 | | |
| 病院または診療所名 | | |

| | | |
|--|------|--|
| | 医師名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

9 事故発生時の対応

(1) 当事業所は、利用者様に対する介護予防/生活支援サービス事業通所型サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じさせていただきます。

(2) (1) における事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

(3) 当事業所は、利用者様に対する介護予防/生活支援サービス事業通所型サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10 秘密保持

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、個人情報保護法等に測り、サービス提供する上で知りえた利用者様及びそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に洩らしません。(但し、必要と認められる場合、利用者様の家族状況、身体状況等についてサービス担当者会議において用いることがあります。)

(2) 事業者の従業者であった者に、業務上知りえた利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させる為、従業者でなくなった後においても これらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

(3) 利用者又はその家族の個人情報について。「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

1 1 その他、運営についての留意点

(1) 当事業所は、従業者の資質向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとし、業務体制を整備します。

(2) 事業所内研修 年1回以上

(3) 事業所外研修 必要に応じてその都度

その他、運営に必要な事項は、社会福祉法人かつみ会理事長と事業所の管理者との協議により定めるものとする。

1 2 非常災害対策

- ・ 出火時の対応

初期消火 全員が協力して、消火器、屋内消火栓を有効に活用し、適切な初期消火を行うと共に防火扉の閉鎖を行い避難誘導します。

(ア) 避難誘導 建物内の全員に放送設備等を使用して火災を知らせ避難方向等を指示します。

(イ) 通報連絡 火災が発生した場合、直ぐに消防機関に通報すると共に、他の者に火災の発生を知らせ、さらに緊急連絡一覧表により関係者に速やかに連絡いたします。

(ウ) その他 利用者様のお引渡しにあたっては、職員が必ず立会い、指導日誌等に記入いたします。保護者がお引き取りできない場合の代理人については、事前に確認しておき、帰宅先について確認をいたします。

- ・ 地震による被害の防止措置

地震により、火災発生の恐れのある火気設備器具は、原則として使用中止しやむを得ず使用する場合は、最小限といたします。

- ・ 防火設備 消火器、防火扉、屋内消火栓設備、自動火災報知設備、放送設備

- ・ 消火訓練 原則として4月、10月の年2回行います。このうち年1回は、実際に消火器から消火薬剤を放射する訓練を実施いたします。

- ・ 通報訓練 3月 9月の年2回・ 避難訓練 3月 9月の年2回

- ・ その他訓練 4月に安全防護及び応急救護訓練を実施いたします。

- ・ 総合訓練 10月に大規模地震を想定した訓練を合わせて実施いたします。

- ・ BCP研修/訓練 各 年1回以上

- ・ 防火責任者 理事長 伊藤重来

1.3 サービス内容に関する苦情

① 当事業所ご利用者相談・苦情相談窓口

受付 担当 生活相談員 岩田 好世 久保 有正

解決 責任者 センター長 飯田 馨一

電話番号 048-546-1200

受付時間 午前8:30~17:30まで

受付日 月曜~土曜日まで(但し12/31~1/2、8/14~15 迄は除く)

② 苦情処理の体制および手順

1 苦情受付担当者は、利用者、家族等からの苦情を随時受け付ける。苦情受付後、内容の整理、申出人の意向(苦情解決の方法)の確認を行う。

2 苦情受付担当者は、苦情を苦情解決責任者へ報告を行う。

3 苦情解決責任者は、事実内容確認、原因追及、対応、是正内容の検討を実施する。

検討後、申出人との話し合いにより解決を図る(必要に応じて法人代表者へ報告を行う)

4 苦情受付担当者は、苦情受付から、解決、改善迄の経過について書面に記録し再発予防を図るとともに、必要に応じて各関係機関及び第三者委員、国保連合等への報告を行う。

③ その他当事業所以外に、以下の市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア、 利用者がお住まいになられている市町村役場 介護保険担当課
大里広域市町村圏組合 介護保険課 電話 048-501-1330
深谷市役所 長寿福祉課 電話 048-574-8544
熊谷市役所 長寿いきがい課 電話 048-524-1402
本庄市役所 介護保険課 電話 0495-25-1719
寄居町役場 福祉課 電話 048-581-7718

イ、 埼玉県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 苦情対応係 電話048-824-2568（苦情相談専用）

ウ、 第三者委員
小林喜一郎 電話 048-585-2527
畠山敏之 電話 048-572-1100
高田元治 電話 048-585-4544

1.4 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

☆虐待防止に関する担当者を選定しています。

| | |
|-------------|----------------------|
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する) 管理者 飯田馨一 |
|-------------|----------------------|

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- ① 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ② 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修及び新人職員研修を実施しています。
- ③ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1.5 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、

以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

1 6 衛生管理等

(1)指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

(2)必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修、新人職員研修及び訓練を定期的実施します。

1 7 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修、新人職員研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 8 埼玉県福祉サービス第三者評価受審の有無

実施の有無 有 無

19 当法人の概要

| | |
|----------|-------------------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 かつみ会 エンゼルデイサービスセンター |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 伊藤 重来 |
| 所在地 | 埼玉県深谷市今泉625 |
| 電話番号 | 048-546-1200 |

法人の事業

| | | | |
|----------------|-----|---------------|-----|
| ケアハウス | 1ヶ所 | 居宅介護支援事業所 | 3ヶ所 |
| 通所介護事業所 | 1ヶ所 | 訪問介護事業所 | 2ヶ所 |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | 1ヶ所 | 短期入所者生活介護事業所 | 3ヶ所 |
| 保育園 | 5ヶ所 | 地域密着型 通所介護事業所 | 1ヶ所 |
| 学童クラブ | 6ヶ所 | 特別養護老人ホーム | 1ヶ所 |
| 認知症対応型 通所介護事業所 | 1ヶ所 | | |

令和 年 月 日

介護予防 生活支援サービス事業 通所型サービスの提供開始にあたり、下記利用者様に対して
契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名 社会福祉法人 かつみ会
住 所 埼玉県深谷市山河 5 5 7 番地 1
代表者名 理事長 伊藤 重来
事業所名 エンゼルデイサービスセンター
住 所 埼玉県深谷市今泉 6 2 5 番地
管理者名 センター長 飯 田 馨 一

説明者

職 名

氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、上記事業者から介護予防 生活支援サービス事業 通所型サー
ビスについての重要事項の説明を受け同意しました。

利 用 者 住所

氏名

印

代 理 人 住所

氏名

印

続柄 1. 家 族 ()

2. その他 ()

3. 成年後見人 ()